威爾姆氏腫瘤基金會

威爾姆氏腫瘤

全球影響

統計、存活率、差距、治療、可及性同醫療成本



資料系列 2.3a | 威爾姆氏腫瘤嘅全球影響



威爾姆氏腫瘤基金會（WCF）

威爾姆氏腫瘤基金會（WCF）係一間慈善機構，支援同代表受兒童腎癌影響嘅兒童、家庭同醫療機構，尤其係腎母細胞瘤（通常叫做威爾姆氏腫瘤）。我哋嘅使命係建立國際計劃，推動公眾認識、教育、倡議、及早診斷、治療同支援，以應對疾病帶嚟嘅影響。

本 WCF 指南只供教育用途，內容以加拿大、美國同歐洲嘅國際兒童腫瘤醫療標準為基礎。如果有任何疑慮或問題，請向合資格醫護專業人員查詢。

© 版權所有 | 威爾姆氏腫瘤基金會 | 保留一切權利

目錄

全球影響

統計、存活率、差距、治療、可及性同醫療成本

1.1 - 摘要 2
1.2 - 全球威爾姆氏腫瘤存活差距地圖 2
1.3 - 點解威爾姆氏腫瘤係全球重要議題？ 2
1.4 - 證據基礎同數據限制 2
1.5 - 全球存活差距 2
1.6 - 治療可及性框架 2
1.7 - 政府同醫療體系成本 2
1.8 - 各國統計概覽 2
1.9 - 優先介入地區 2
2.0 - 向資助者同政府提出嘅倡議 2
2.1 - 建議數據儀表板 2

附錄 A：各國工作表 2
附錄 B：各國工作表 2
資料來源同參考文獻 2

1 - 摘要

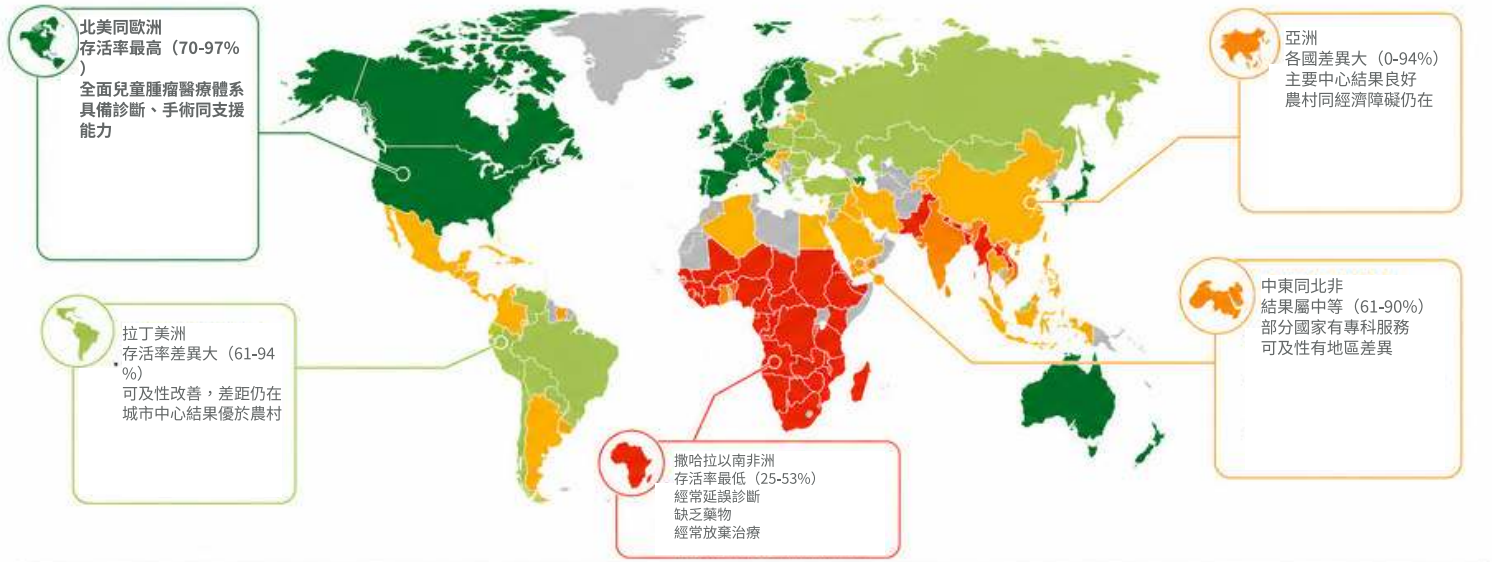
- 威爾姆氏腫瘤係最常見嘅兒童腎癌。如果小朋友可以及時接受診斷、手術、化療、所需嘅放射治療、病理檢查、血液製品、感染處理同跟進，治癒機會非常高。
- 全球面對嘅唔單止係科學問題，亦係醫療體系可及性問題：高收入環境嘅兒童存活率通常接近或超過 90%，但資源不足地區可以低好多。
- 各國專門針對威爾姆氏腫瘤嘅統計並不完整。好多國家只報告整體兒童癌症、腎臟腫瘤，或單一醫院嘅病例資料，而唔係全國威爾姆氏腫瘤登記數據。
- 做倡議時，最可信嘅方法係有已確認國家數據就使用；冇登記資料時，用模型估算疾病負擔，並清楚列明數據可信度評級。
- 最有力嘅即時政策理據係：威爾姆氏腫瘤係可以治癒嘅癌症，及早診斷、完成治療、獲得藥物同改善轉介網絡，可以帶嚟可量度嘅存活改善。

「威爾姆氏腫瘤通常可以治癒，但存活機會仍然取決於小朋友住喺邊度，同能否接受治療。」

圖 1 / 威爾姆氏腫瘤全球影響地圖

威爾姆氏腫瘤全球影響地圖
公平存活機會・治療可及性・每個小朋友都重要

威爾姆氏腫瘤係最常見嘅兒童腎癌。如果可以及早診斷、接受專科治療同跟進，治癒機會非常高。



來源：美國 NCI PDQ／加拿大癌症協會（2022-2023）／Nakata 等（2020）／Cunningham 等（2020）／世衛全球兒童癌症倡議／SIOP PODC／Wilms Tumour Africa Project

注意：存活率範圍根據各收入組別嘅公開文獻；冇登記資料嘅國家，數字可能來自模型估算。

認識兒童腎癌存活情況

威爾姆氏腫瘤係整體第四常見嘅兒童癌症，亦係最常見嘅兒童腎癌，但治療成效可以非常好。喺好多高收入國家，只要可以及早診斷、接受專科治療同全面跟進，存活率超過 90%。不過，全球結果差異好大；部分低中收入國家嘅兒童，喺診斷、治療、支援照護同長期康復服務方面，仍然面對重大障礙。所以，小朋友喺邊度出世，可能大大影響佢戰勝兒童腎癌嘅機會。

根據版權法，未經威爾姆氏腫瘤基金會事先書面同意，不得全部或部分複製、影印、重製或翻譯本文件。
© 版權所有 | 威爾姆氏腫瘤基金會 | 保留一切權利

3 - 點解威爾姆氏腫瘤係全球重要議題？

圖 2 / 影響範疇

影響範疇	
兒童存活	威爾姆氏腫瘤存活機會高，但取決於能否及時診斷同完成治療。
公平性	呢種病反映出醫療體系完善嘅國家，同手術、化療、放射治療或支援照護延誤或缺乏嘅國家之間嘅差距。
家庭負擔	即使有藥，交通、住宿、收入損失、檢查費同自付費用仍可能令家庭放棄或無法完成治療。
政府	國家醫療體系承擔影像檢查、手術、化療、住院、放射治療同 病理檢查等費用。甚少國家公布威爾姆氏腫瘤專項政府成本。

4 - 證據基礎同數據限制

- 發病率：只有少數國家公開威爾姆氏腫瘤專項全國發病率。美國 NCI 報告每年約 650 宗，十五歲以下每百萬名兒童有 9.7 宗。加拿大報告兒童腎臟／腎盂癌宗數，當中幾乎全部係威爾姆氏腫瘤。
- 全球發病率替代指標：國際腎臟腫瘤數據顯示，兒童腎臟腫瘤發病率約為每百萬人 8.3 宗；北美同歐洲較高，好多亞洲地區較低。
- 存活率：全球文獻回顧發現，高收入國家為 70-97%，中高收入國家 61-94%，中低收入國家 0-85%，低收入國家 25-53%。
- 死亡率：各國甚少獨立公布威爾姆氏腫瘤死亡率。因此，除非有公開全國數字，本文件會以相對風險／負擔指標表示。
- 成本：各國通常冇定期公布威爾姆氏腫瘤專項政府成本。本文件因此列出主要成本因素，並標示邊啲國家欠缺公開成本數據。



5 - 全球存活差距

圖 3 / 國家收入

國家收入／醫療體系背景	已報告存活率範圍	解讀
高收入國家	70-97%	大部分兒童可以接受多種療法。晚期併發症同康復照護係主要政策議題。
中高收入國家	61-94%	可以取得良好結果，但醫療可及性、地區差異同治療完成率影響存活。
中低收入國家	0-85%	差異非常大；結果取決於中心能力、負擔能力同能否完成治療。
低收入國家	25-53%	延遲診斷、服務不足、缺藥同放棄治療，往往限制存活機會。

核心訊息
威爾姆氏腫瘤清楚反映全球兒童癌症嘅公平差距：同一種病，可能喺一個國家可以治癒，但喺另一個國家因為無法獲得醫療而致命。

6 - 治療可及性框架

圖 4 / 必要條件

必要條件	醫療能力充足嘅環境	醫療能力有限時嘅風險
及早識別同轉介	基層醫療、影像檢查同轉介途徑有助更早發現腹部腫塊。	求醫較遲，腫瘤較大或已經擴散。
影像檢查同分期	超聲波／CT／MRI、胸部影像同病理檢查，支援按風險制定治療。	分期不完整可能導致治療過度、不足或延誤。
手術	具備腫瘤外科同麻醉支援。	手術延誤、缺乏兒童麻醉或血液製品，增加風險。
化療	提供按方案進行嘅化療同支援照護。	缺藥、藥價負擔不起同感染併發症，令治療中斷。
放射治療	有需要時可以提供	部分分期或組織類型，如果缺乏或延誤放射治療，結果會更差。
跟進	監察復發同晚期併發症。	失去跟進可能錯過復發或長期併發症。

7 - 政府同醫療體系成本

- 直接醫療成本包括超聲波／CT／MRI、病理檢查、手術、化療、住院、血液製品、抗生素、所需嘅放射治療、復發處理同康復門診。
- 間接公共成本包括延遲診斷、急症求醫、深切治療、放棄治療、殘疾、社會支援，以及本可治癒嘅兒童癌症未能成功治療所造成嘅終身生產力損失。
- 高收入國家每名病人嘅成本可以相當高，但通常由公共體系或保險承擔。資源較少嘅地區，政府開支較低，往往將負擔轉移畀家庭同慈善機構。
- 已發表嘅非洲項目數據指出，家長承擔約 100 至 1,100 美元嘅費用，係完成治療嘅重要障礙。即使醫院服務有資助，呢筆費用對好多家庭仍然係災難性負擔。
- 政策重點：唔治療威爾姆氏腫瘤，並唔等於政府可以慳錢。
- 太遲求醫、復發、治療不完整同本可避免嘅死亡，都會增加人道、經濟同醫療體系損失。



7 - 各國統計概覽

圖 5 / 各國統計

國家	每年確診數目	存活率基準	治療可及性
美國	約 650 宗（已確認）	~85-95%*	全面兒童腫瘤服務、手術、放射治療、病理同臨床試驗
加拿大	2022 年兒童腎臟／腎盂癌確診 30 宗	五年整體存活率約 96%	各省全面兒童腫瘤醫療網絡
英國	約 70-90 宗（模型估算）	~85-95%+	NHS 兒童腫瘤醫療網絡
法國	約 60-80 宗（模型估算）	~85-95%+	全國兒童腫瘤醫療網絡
德國	約 70-90 宗（模型估算）	~85-95%+	全面兒童腫瘤服務
意大利	約 45-65 宗（模型估算）	~85-95%+	全國兒童腫瘤中心
西班牙	約 40-55 宗（模型估算）	~85-95%+	全面兒童腫瘤服務
荷蘭	約 15-25 宗（模型估算）	~85-95%+	高度集中嘅兒童腫瘤服務
瑞典	約 8-15 宗（模型估算）	~85-95%+	全面兒童腫瘤服務
澳洲	約 25-40 宗（模型估算）	~85-95%+	全面兒童腫瘤中心
日本	約 45-65 宗（模型估算）	~85-95%	全面兒童腫瘤服務
南韓	約 15-25 宗（模型估算）	~85-95%	全面三級兒童腫瘤服務

7 - 各國統計概覽（續）

圖 6 / 各國統計

國家	每年確診數目	存活率基準	治療可及性
沙特阿拉伯	約 60-90 宗／年（模型估算）	~70-95%	設有腫瘤專科；各地可及性不同
阿聯酋	約 8-15 宗／年（模型估算）	~70-95%	高水平三級醫療服務
以色列	約 8-15 宗／年（模型估算）	~85-95%+	全面兒童腫瘤服務
中國	約 900-1,400 宗（模型估算）	約 61-94%（中高收入組別範圍）	大型三級中心；農村同經濟差距
巴西	約 280-420 宗（模型估算）	約 61-94%（中高收入組別範圍）	廣泛腫瘤醫療網絡；各州有差異
墨西哥	約 180-280 宗（模型估算）	約 61-94%（中高收入組別範圍）	設有專科中心；仍有延誤同障礙
阿根廷	約 60-90 宗／年（模型估算）	約 61-94%（中高收入組別範圍）	可提供專科治療；各地有差異
智利	約 20-35 宗／年（模型估算）	~70-95%	兒童腫瘤醫療網絡
哥倫比亞	約 70-110 宗／年（模型估算）	約 61-94%（中高收入組別範圍）	兒童腫瘤中心；照護連續性不同
秘魯	約 60-95 宗／年（模型估算）	約 61-94%（中高收入組別範圍）	專科服務集中喺城市
南非	約 100-160 宗（模型估算）	約 61-94%（中高收入組別範圍）	公私營專科服務；農村有障礙
土耳其	約 120-180 宗／年（模型估算）	約 61-94%（中高收入組別範圍）	城市設有兒童腫瘤專科

10 - 優先介入地區

圖 7 / 各國統計

地區／背景	點解重要	優先行動
低收入同脆弱國家	延誤診斷、放棄治療、缺藥同缺乏放射治療嘅風險最高。	轉介途徑、藥物供應、治療資助、家長導航支援、建立登記系統。
人口眾多嘅中低收入國家	即使部分中心結果良好，受影響兒童總數仍然最多。	擴展地區中心、減少放棄治療、加強保障支援、整合全國治療方案。
有地區差異嘅中高收入國家	全國平均數可能掩蓋農村或低收入群體嘅差距。	機構結對合作、衞星診所、遙距病理、交通支援、按地區報告結果。
小型同島嶼國家	病例少，難以喺國內提供專科服務。	區域轉介協議、共用治療方案、跨境藥物供應。

11 - 向資助者同政府提出嘅倡議

- 威爾姆氏腫瘤係加強兒童癌症醫療體系嘅實際切入點，因為佢需要協調診斷、手術、化療、支援照護同跟進，而呢啲服務係可以實現嘅。
- 及時同完整治療通常可以治癒，因此呢種存活差距係不可接受嘅。
- 目標唔止係買藥，而係建立完整照護途徑，令小朋友可以持續治療直到治癒，並喺治療後得到跟進。
- 國家投資應該量度由出現症狀到確診嘅時間、求醫時分期、放棄治療、缺藥、手術延誤、放射治療延誤、復發同存活率。
- 全球威爾姆氏腫瘤觀察平台或登記協作網絡，可以填補重大證據缺口，協助各國負責任嘅比較進展。



12 - 建議數據儀表板

圖 8 / 指標

指標	定義	點解重要
新確診	每年 0-14 歲或 0-19 歲確診威爾姆氏腫瘤宗數	衡量疾病負擔同規劃需要
確診時分期	第 I 至 V 期分布	評估及早發現同轉介成效
開始治療所需時間	首次求醫至開始腫瘤治療嘅日數	識別影響存活嘅延誤
完成治療	按方案完成治療嘅比例	直接衡量放棄治療同醫療體系支援
藥物供應	關鍵化療同支援藥物缺貨日數	衡量供應鏈可靠程度
放射治療可及性	有需要時能否提供，以及延誤情況	對部分分期同風險組別至關重要
存活率	一年、三年、五年整體／無事件存活率	最終療效指標

附錄 A：各國工作表

圖 9 / 步驟

步驟	行動	實際目的
第 1 步	基線營養評估	及早識別風險，確立成長同攝食基準
第 2 步	改善經口營養	透過喜愛食物、用餐次數同熱量密度增加攝取
第 3 步	口服營養補充品／強化食品	補足日常飲食未能提供嘅營養
第 4 步	腸內營養	經口進食不足時提供可靠營養
第 5 步	靜脈營養	無法使用腸內營養或供應不足時使用
第 6 步	重新評估同調整	按症狀、腎功能同治療階段變化調整計劃
第 7 步	基線營養評估	及早識別風險，確立成長同攝食基準

重要：「模型估算」並唔係經登記系統確認嘅國家統計，而係根據公開發病率基準，以及醫療體系／收入組別嘅存活文獻，作出嘅規劃估算。

附錄 B：各國工作表

重要
標示「模型估算」嘅資料並非經登記確認嘅國家統計，而係根據公開發病率基準同廣泛醫療體系／收入組別存活文獻作出嘅規劃估算。

美國 | 高收入 | 約 650 宗（已確認） | 相對死亡率低 | ~85-95%* | 全面兒童腫瘤服務、手術、放射治療、病理同臨床試驗 | 直接成本高；通常冇公布威爾姆氏腫瘤專項公共成本

加拿大 | 高收入 | 2022 年兒童腎臟／腎盂癌確診 30 宗 | 2023 年兒童腎臟／腎盂癌死亡 6 宗 | 五年整體存活率約 96% | 各省全面兒童腫瘤醫療網絡 | 省級公營支付；通常冇公布專項成本

英國 | 高收入 | 約 70-90 宗（模型估算） | 相對死亡率低 | ~85-95%+ | NHS 兒童腫瘤醫療網絡 | 公營 NHS 成本；通常冇公布專項成本

法國 | 高收入 | 約 60-80 宗（模型估算） | 相對死亡率低 | ~85-95%+ | 全國兒童腫瘤醫療網絡 | 公營／社會保險成本；通常冇公布專項成本

德國 | 高收入 | 約 70-90 宗（模型估算） | 相對死亡率低 | ~85-95%+ | 全面兒童腫瘤服務 | 保險／公營成本；通常冇公布專項成本

意大利 | 高收入 | 約 45-65 宗（模型估算） | 相對死亡率低 | ~85-95%+ | 全國兒童腫瘤中心 | 公共醫療成本；通常冇公布專項成本

西班牙 | 高收入 | 約 40-55 宗（模型估算） | 相對死亡率低 | ~85-95%+ | 全面兒童腫瘤服務 | 公共醫療成本；通常冇公布專項成本

荷蘭 | 高收入 | 約 15-25 宗（模型估算） | 相對死亡率低 | ~85-95%+ | 高度集中嘅兒童腫瘤服務 | 公營／保險成本

瑞典 | 高收入 | 約 8-15 宗（模型估算） | 相對死亡率低 | ~85-95%+ | 全面兒童腫瘤服務 | 公共醫療體系成本

澳洲 | 高收入 | 約 25-40 宗（模型估算） | 相對死亡率低 | ~85-95%+ | 全面兒童腫瘤中心 | 公共 Medicare／州級成本，加保險

日本 | 高收入 | 約 45-65 宗（模型估算） | 低至中等 | 約 80-95% | 全面兒童腫瘤服務 | 公營／保險成本

南韓 | 高收入 | 約 15-25 宗（模型估算） | 低至中等 | 約 80-95% | 全面三級兒童腫瘤服務 | 公營／保險成本

沙特阿拉伯 | 高收入 | 約 60-90 宗／年（模型估算） | 中等；地區轉介影響結果 | ~70-95% | 設有腫瘤專科；各地可及性不同 | 政府資助三級醫療

阿聯酋 | 高收入 | 約 8-15 宗／年（模型估算） | 中等；病例少 | ~70-95% | 高水平三級醫療服務 | 政府／私人保險成本

以色列 | 高收入 | 約 8-15 宗／年（模型估算） | 相對死亡率低 | ~85-95%+ | 全面兒童腫瘤服務 | 公營／保險成本

中國 | 中高收入 | 約 900-1,400 宗（模型估算） | 絕對死亡負擔大 | 約 61-94%（中高收入組別範圍） | 大型三級中心；農村同經濟差距 | 公營／私營／自付混合負擔

巴西 | 中高收入 | 約 280-420 宗（模型估算） | 中等至高絕對負擔 | 約 61-94%（中高收入組別範圍） | 廣泛腫瘤醫療網絡；各州有差異 | SUS／公營同私營成本

墨西哥 | 中高收入 | 約 180-280 宗（模型估算） | 中等至高 | 約 61-94%（中高收入組別範圍） | 設有專科中心；仍有延誤同障礙 | 公共保險加家庭成本

阿根廷 | 中高收入 | 約 60-90 宗／年（模型估算） | 中等 | 約 61-94%（中高收入組別範圍） | 可提供專科治療；各地有差異 | 公營／社會保險成本

智利 | 高／中高收入 | 約 20-35 宗／年（模型估算） | 中等至低 | ~70-95% | 兒童腫瘤醫療網絡 | 公營體系同保險成本

哥倫比亞 | 中高收入 | 約 70-110 宗／年（模型估算） | 中等至高 | 約 61-94%（中高收入組別範圍） | 兒童腫瘤中心；照護連續性不同 | 公營／私營支付加家庭成本

秘魯、南非、土耳其、伊朗、印度、巴基斯坦、孟加拉、印尼、菲律賓、越南、泰國、馬來西亞、埃及、摩洛哥、阿爾及利亞、尼日利亞、加納、肯尼亞、烏干達、坦桑尼亞、埃塞俄比亞、剛果民主共和國、蘇丹、伊拉克、敘利亞、也門、約旦、黎巴嫩、巴勒斯坦、阿曼、科威特、巴林、阿富汗、尼泊爾、斯里蘭卡、緬甸、柬埔寨、老撾、蒙古、烏克蘭、波蘭、羅馬尼亞。

附錄 B：各國統計工作表（續）

圖 10 / 國家收入組別

國家	收入組別	每年確診數目	死亡率／負擔指標	存活率基準	治療可及性	成本壓力
美國	高收入	約650宗（已確認）	相對死亡率低	~85-95%*	全面兒童腫瘤服務、手術、放射治療、病理同臨床試驗	直接成本高；通常冇公布威爾姆氏腫瘤專項公共成本
加拿大	高收入	2022年兒童腎臟／腎盂癌確診30宗	2023年兒童腎臟／腎盂癌死亡6宗	五年整體存活率約96%	各省全面兒童腫瘤醫療網絡	省級公營支付；通常冇公布專項成本
英國	高收入	約70-90宗（模型估算）	相對死亡率低	~85-95%+	NHS 兒童腫瘤醫療網絡	公營 NHS 成本；通常冇公布專項成本
法國	高收入	約60-80宗（模型估算）	相對死亡率低	~85-95%+	全國兒童腫瘤醫療網絡	公營／社會保險成本；通常冇公布專項成本
德國	高收入	約70-90宗（模型估算）	相對死亡率低	~85-95%+	全面兒童腫瘤服務	保險／公營成本；通常冇公布專項成本
意大利	高收入	約45-65宗（模型估算）	相對死亡率低	~85-95%+	全國兒童腫瘤中心	公共醫療成本；通常冇公布專項成本
西班牙	高收入	約40-55宗（模型估算）	相對死亡率低	~85-95%+	全面兒童腫瘤服務	公共醫療成本；通常冇公布專項成本
荷蘭	高收入	約15-25宗（模型估算）	相對死亡率低	~85-95%+	高度集中嘅兒童腫瘤服務	公營／保險成本
瑞典	高收入	約8-15宗（模型估算）	相對死亡率低	~85-95%+	全面兒童腫瘤服務	公共醫療體系成本
澳洲	高收入	約25-40宗（模型估算）	相對死亡率低	~85-95%+	全面兒童腫瘤中心	公共 Medicare／州級成本，加保險
日本	高收入	約45-65宗（模型估算）	低至中等；亞洲發病率可能較低	~85-95%	全面兒童腫瘤服務	公營／保險成本
南韓	高收入	約15-25宗（模型估算）	相對死亡率低	~85-95%	全面三級兒童腫瘤服務	公營／保險成本

附錄 B：各國統計工作表（續）

圖 11 / 國家收入組別

國家	收入組別	每年確診數目	死亡率／負擔指標	存活率基準	治療可及性	成本壓力
沙特阿拉伯	高收入	約60-90宗／年（模型估算）	中等；地區轉介影響結果	~70-95%	設有腫瘤專科；各地可及性不同	政府資助三級醫療
阿聯酋	高收入	約8-15宗／年（模型估算）	中等；病例少	~70-95%	高水平三級醫療服務	政府／私人保險成本
以色列	高收入	約8-15宗／年（模型估算）	相對死亡率低	~85-95%+	全面兒童腫瘤服務	公營／保險成本
中國	中高收入	約900-1,400宗（模型估算）	絕對死亡負擔大	約61-94%（中高收入組別範圍）	大型三級中心；農村同經濟差距	公營／私營／自付混合負擔
巴西	中高收入	約280-420宗（模型估算）	中等至高絕對負擔	約61-94%（中高收入組別範圍）	廣泛腫瘤醫療網絡；各州有差異	SUS／公營同私營成本
墨西哥	中高收入	約180-280宗（模型估算）	中等至高	約61-94%（中高收入組別範圍）	設有專科中心；仍有延誤同障礙	公共保險加家庭成本
阿根廷	中高收入	約60-90宗／年（模型估算）	中等	約61-94%（中高收入組別範圍）	可提供專科治療；各地有差異	公營／社會保險成本
智利	高／中高收入	約20-35宗／年（模型估算）	中等至低	~70-95%	兒童腫瘤醫療網絡	公營體系同保險成本
哥倫比亞	中高收入	約70-110宗／年（模型估算）	中等至高	約61-94%（中高收入組別範圍）	兒童腫瘤中心；照護連續性不同	公營／私營支付加家庭成本
秘魯	中高收入	約60-95宗／年（模型估算）	中等至高	約61-94%（中高收入組別範圍）	專科服務集中喺城市	公營同自付負擔
南非	中高收入	約100-160宗（模型估算）	中等至高	約61-94%（中高收入組別範圍）	公私營專科服務；農村有障礙	公私營成本加家庭交通費
土耳其	中高收入	約120-180宗／年（模型估算）	中等	約61-94%（中高收入組別範圍）	城市設有兒童腫瘤專科	公營／社會保障成本

8 - 各國統計概覽

圖 12 / 國家收入組別

國家	收入組別	每年確診數目	死亡率／負擔指標	存活率基準	治療可及性	成本壓力
伊朗	中低／中高收入	約110-170宗／年（模型估算）	中等至高	約0-85%（中低收入組別範圍）	有三級腫瘤服務；藥物可及性不同	公營／慈善／家庭混合成本
印度	中低收入	約1,600-2,500宗／年（模型估算）	絕對負擔非常大	約0-85%（中低收入組別範圍）	有世界級中心；可及性不均	政府計劃加高額家庭成本
巴基斯坦	中低收入	約450-700宗／年（模型估算）	絕對負擔高	約0-85%（中低收入組別範圍）	設有大型中心；可及性同負擔能力不同	公營／慈善／家庭負擔
孟加拉	中低收入	約300-500宗／年（模型估算）	高	約0-85%（中低收入組別範圍）	專科能力集中喺大城市	政府／非政府組織／家庭負擔
印尼	中高／中低收入	約500-800宗／年（模型估算）	絕對負擔高	約0-85%至61-94%（混合範圍）	大城市設有專科中心	公共保險加家庭成本
菲律賓	中低收入	約180-280宗／年（模型估算）	中等至高	約0-85%（中低收入組別範圍）	大型中心提供兒童腫瘤服務	公營／保險／家庭負擔
越南	中低收入	約130-220宗／年（模型估算）	中等至高	約0-85%（中低收入組別範圍）	大城市設有專科醫院	政府保險加家庭成本
泰國	中高收入	約70-110宗／年（模型估算）	中等	約61-94%（中高收入組別範圍）	具備兒童腫瘤服務；全民保障有幫助	公共支付成本
馬來西亞	中高收入	約45-75宗／年（模型估算）	中等	約61-94%（中高收入組別範圍）	公營兒童腫瘤服務；轉介有差異	公共醫療體系成本
埃及	中低收入	約220-350宗／年（模型估算）	絕對負擔高	約0-85%（中低收入組別範圍）	大型兒童腫瘤機構	政府／慈善／家庭負擔
摩洛哥	中低收入	約65-100宗／年（模型估算）	中等至高	約0-85%（中低收入組別範圍）	大型中心提供腫瘤專科	公營／慈善／家庭負擔
阿爾及利亞	中高收入	約85-130宗／年（模型估算）	中等	約61-94%（中高收入組別範圍）	大城市設有專科服務	政府資助醫療

附錄 B：各國統計工作表（續）

圖 13 / 國家收入組別

國家	收入組別	每年確診數目	死亡率／負擔指標	存活率基準	治療可及性	成本壓力
尼日利亞	中低收入	約900-1,500宗／年（模型估算）	絕對負擔極高	約0-85%（中低收入組別）；好多中心更低	有專科中心，但能力、費用同供應受限	政府開支有限；家庭／慈善負擔
加納	中低收入	約120-190宗／年（模型估算）	高	約0-85%（中低收入組別範圍）	有專科中心；全國覆蓋有限	政府／保險／家庭負擔
肯尼亞	中低收入	約150-240宗／年（模型估算）	高	約0-85%（中低收入組別範圍）	大型轉介中心；可及性不均	公營／保險／慈善／家庭負擔
烏干達	低收入	約160-250宗／年（模型估算）	高	約25-53%（低收入組別範圍）	兒童腫瘤服務有限；轉介／支援受限	政府預算壓力；家庭成本負擔
坦桑尼亞	中低收入	約180-290宗／年（模型估算）	高	約0-85%（中低收入組別範圍）	設有轉介中心；全國可及性有限	政府／非政府組織／家庭成本
埃塞俄比亞	低收入	約300-500宗／年（模型估算）	絕對負擔極高	約25-53%（低收入組別範圍）	專科服務集中；診斷能力受限	政府預算壓力；交通／自付負擔
剛果民主共和國	低收入	約280-450宗／年（模型估算）	非常高	約25-53%（低收入組別範圍）	全面醫療可及性極低	政府能力低；家庭／慈善負擔
蘇丹	低／中低收入	約130-220宗／年（模型估算）	非常高；衝突造成中斷	低收入25-53%／中低收入0-85%	醫療可及性嚴重受限	政府能力受限；非政府組織／家庭負擔
伊拉克	中高／中低收入	約80-130宗／年（模型估算）	中等至高	約0-85%至61-94%（混合範圍）	專科服務存在地區差異	政府／家庭成本負擔
敘利亞	低／中低收入	約50-90宗／年（模型估算）	醫療中斷地區非常高	低收入25-53%／中低收入0-85%	衝突嚴重影響醫療能力	政府／非政府組織／家庭負擔
也門	低收入	約90-150宗／年（模型估算）	非常高	約25-53%（低收入組別範圍）	全面醫療可及性極低	政府能力極有限；人道援助／家庭負擔
約旦	中低／中高收入	約18-30宗／年（模型估算）	中等	約0-85%至61-94%（混合範圍）	有區域專科服務	政府／慈善／家庭負擔

附錄 B：各國統計工作表（續）

圖 14 / 國家收入組別

國家	收入組別	每年確診數目	死亡率／負擔指標	存活率基準	治療可及性	成本壓力
黎巴嫩	中低收入	約8-15宗／年（模型估算）	中等至高；受經濟危機影響	約0-85%（中低收入組別範圍）	有專科服務；費用構成障礙	政府／私營／慈善／家庭成本
巴勒斯坦	中低收入	約10-20宗／年（模型估算）	因轉介限制而偏高	約0-85%（中低收入組別範圍）	經常依賴許可證／境外中心	政府／非政府組織／家庭交通負擔
阿曼	高收入	約8-15宗／年（模型估算）	中等；病例少	~70-95%	專科三級醫療轉介	政府資助醫療
科威特	高收入	約7-12宗／年（模型估算）	中等；病例少	~70-95%	資源充足嘅三級醫療	政府資助醫療
巴林	高收入	約2-4宗／年（模型估算）	中等；病例少	~70-95%	三級醫療／區域轉介	政府資助醫療
阿富汗	低收入	約150-250宗／年（模型估算）	非常高	約25-53%（低收入組別範圍）	全面醫療可及性有限	政府／人道援助／家庭負擔
尼泊爾	中低收入	約45-75宗／年（模型估算）	高	約0-85%（中低收入組別範圍）	有專科中心；可及性不均	政府／非政府組織／家庭負擔
斯里蘭卡	中低收入	約25-40宗／年（模型估算）	中等	約0-85%（中低收入組別範圍）	有公營兒童腫瘤服務	政府資助醫療
緬甸	中低收入	約100-170宗／年（模型估算）	高	約0-85%（中低收入組別範圍）	專科可及性有限而不均	政府／家庭／人道援助負擔
柬埔寨	中低收入	約35-60宗／年（模型估算）	高	約0-85%（中低收入組別範圍）	專科能力有限	政府／非政府組織／家庭負擔
老撾	中低收入	約14-25宗／年（模型估算）	高	約0-85%（中低收入組別範圍）	兒童腫瘤服務能力有限	政府／非政府組織／家庭負擔
蒙古	中低收入	約5-10宗／年（模型估算）	中等至高	約0-85%（中低收入組別範圍）	集中式專科服務	政府／家庭負擔

附錄 B：各國統計工作表（續）

圖 15 / 國家收入組別

國家	收入組別	每年確診數目	死亡率／負擔指標	存活率基準	治療可及性	成本壓力
烏克蘭	中低收入	約45-75宗／年（模型估算）	因戰爭中斷而有差異	約0-85%（中低收入組別範圍）	有專科中心；照護連續性受阻	政府／人道援助／家庭成本
波蘭	高收入	約30-45宗／年（模型估算）	低至中等	~85-95%+	全面兒童腫瘤服務	公共醫療體系成本
羅馬尼亞	高／中高收入	約15-30宗／年（模型估算）	中等	約61-94%至高收入組別範圍	設有專科中心	公共醫療體系成本

資料來源同參考文獻

重要

- S1：美國國家癌症研究所（NCI）PDQ，《Wilms Tumor and Other Childhood Kidney Tumors Treatment》，2025 年 4 月 15 日更新：十五歲以下兒童發病率每百萬人 9.7 宗，美國每年約 650 宗。
- S2：加拿大癌症協會：加拿大 0-14 歲兒童腎臟／腎盂癌，2022 年有 30 宗確診，2023 年有 6 宗死亡；兒童腎臟／腎盂癌幾乎全部係威爾姆氏腫瘤。
- S3：Nakata 等，《International Journal of Cancer》／UKHSA Research Portal，2020：全球兒童腎臟腫瘤發病率每百萬人 8.3 宗，北美／歐洲最高，大部分亞洲地區較低。
- S4：Cunningham 等，《Global Disparities in Wilms Tumor》，2020：高收入國家存活率 70-97%，中高收入 61-94%，中低收入 0-85%，低收入 25-53%。
- S5：Cancer.ca 存活統計：加拿大 0-14 歲威爾姆氏腫瘤五年整體存活率約 96%。
- S6：世衛全球兒童癌症倡議：目標係到 2030 年，全球兒童癌症存活率達到至少 60%。
- S7：世衛／St. Jude 全球兒童癌症藥物可及平台：目標係向低中收入國家持續供應品質有保證嘅兒童癌症藥物，惠及約 120,000 名兒童。
- S8：SIOP PODC 威爾姆氏腫瘤指引：只要具備最低要求，就可以喺低收入環境因地制宜，提供以治癒為目標嘅治療。
- S9：Collaborative Wilms Tumour Africa Project 基線報告：參與中心喺治療結束時嘅存活率為 39%；治療不完整同家長費用負擔，影響完成治療。
- S10：Disease Control Priorities／Treating Childhood Cancer in LMICs：威爾姆氏腫瘤療程比部分其他兒童癌症強度低，支持以具成本效益方式加強醫療體系。



威爾姆氏腫瘤基金會

電話：+1 (778) 514 5000
電郵：info@WilmsFoundation.org
網站：www.WilmsFoundation.org
地址：Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, United States, 20002.

WILMS CANCER FOUNDATION、WCF，以及「DEFEATING CHILDHOOD KIDNEY CANCER」（戰勝兒童腎癌）同「THE DISEASE YOU'VE NEVER HEARD OF」（你從未聽過嘅疾病），均為威爾姆氏腫瘤基金會嘅國際商標，並受版權保護。文件內容及設計：威爾姆氏腫瘤基金會。© 版權所有，保留一切權利。

根據版權法，未經威爾姆氏腫瘤基金會事先書面同意，不得全部或部分複製、影印、重製或翻譯本文件。

美國：認可 501(c)(3) 免稅機構 | EIN：98-3478827
加拿大：註冊慈善機構 756261939BC0001

© 版權所有 | 威爾姆氏腫瘤基金會 | 保留一切權利

威爾姆氏腫瘤基金會（WCF）

威爾姆氏腫瘤基金會（WCF）係一間慈善機構，支援同代表受兒童腎癌影響嘅兒童、家庭同醫療機構，尤其係腎母細胞瘤（通常叫做威爾姆氏腫瘤）。我哋嘅使命係建立國際計劃，推動公眾認識、教育、倡議、及早診斷、治療同支援，以應對疾病帶嚟嘅影響。

本 WCF 指南只供教育用途，內容以加拿大、美國同歐洲嘅國際兒童腫瘤醫療標準為基礎。如果有任何疑慮或問題，請向合資格醫護專業人員查詢。

© 世界衛生組織（WHO）。經許可，與威爾姆氏腫瘤基金會（WCF）合作使用。CureAll 屬於世衛「全球兒童癌症倡議」（GICC）嘅一部分。世衛並不認可任何特定機構、產品或服務。

© 版權所有 | 威爾姆氏腫瘤基金會 | 保留一切權利